

Абсцесс предстательной железы

Ю.П. Терницкая, В.Ф. Коробко

ГУ «Институт ядерной медицины и лучевой диагностики НАМН Украины»

Абсцесс предстательной железы – это ограниченное скопление гноя в тканях собственно железы, развивающееся на фоне простатита или на фоне инфекционно-гнойного процесса экстрагенитальной локализации [5, 8], возникает в результате гнойного расплавления фолликулов железы, а слияние гнойных очагов приводит к формированию абсцесса. Патогенетически выделяют две формы абсцесса железы: идиопатическую или первичную (при наличии внеурогенного очага), и вторичную, как осложнение простатита [3, 4, 10].

Гематогенный абсцесс развивается, минуя стадии острого простатита. Инфицирование предстательной железы возможно при септикопиемии у больных фурункулезом, остеомиелитом и другими гнойными заболеваниями. Возможно гематогенное абсцедирование при острых и хронических тонзиллитах. При этом этиологическим фактором оказывается грамположительная флора [4, 5].

Вторичная форма абсцесса предстательной железы возникает как осложнение у пациентов с острым или хроническим простатитом, и составляет до 5 % случаев [2, 7, 8]. Этому способствует неадекватная терапия воспалительного процесса или неосторожное выполнение трансуретральных инструментальных вмешательств [1, 3, 6].

В ряде случаев абсцедированием простаты осложняется проведение операций на предстательной железе и мочевом пузыре (трансуретральной резекции простаты, ТУР мочевого пузыря и др.) [1, 3, 4].

Предрасполагающими факторами к формированию абсцесса предстательной железы относятся ослабление местного и общего иммунитета, вызванное переохлаждением, венозный застой в тазу, интеркуррентные заболевания, такие как сахарный диабет, ВИЧ, курение [6, 7, 9].

Различают две стадии клинического течения абсцесса предстательной железы. При первой стадии происходит активное формирование абсцесса с выраженными болями, гектическим

подъемом температуры тела. Во второй стадии ограничение полости абсцесса пиогенной капсулой препятствует поступлению токсинов в кровеносное русло и приводит к нормализации температуры тела, уменьшению болевого синдрома [3, 4].

При неблагоприятном течении абсцесс предстательной железы может осложниться прорывом гноя в мошонку, промежность, уретру, клетчатку малого таза, на переднюю брюшную стенку или в брюшную полость с развитием перитонита или сепсиса (рис.1) [3, 4].

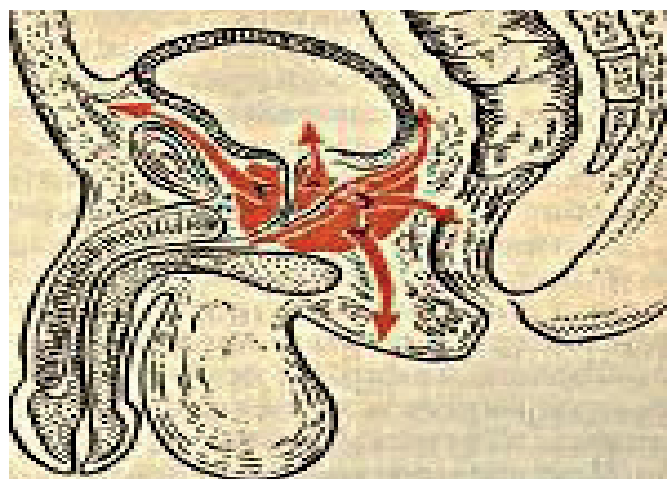


Рис. 1. Пути распространения гноя из абсцесса.

В клинической картине такого осложнения преобладают симптомы интоксикации и бактериемии. Иногда может протекать молниеносно, с развитием бактериемического шока. Летальность при осложнениях абсцесса простаты регистрируется в 3-16 % случаев [7, 11].

Пациент Ш. 1962 г.р. направлен для проведения мультidetекторной КТ (МДКТ) с предварительным диагнозом «опухоль малого таза», выставленного по данным УЗИ по месту жительства. Основными жалобами на момент обращения являлись: острая задержка мочи, а также боли в области промежности с иррадиацией влево, при госпитализации был установлен мочевого катетер Фолея.

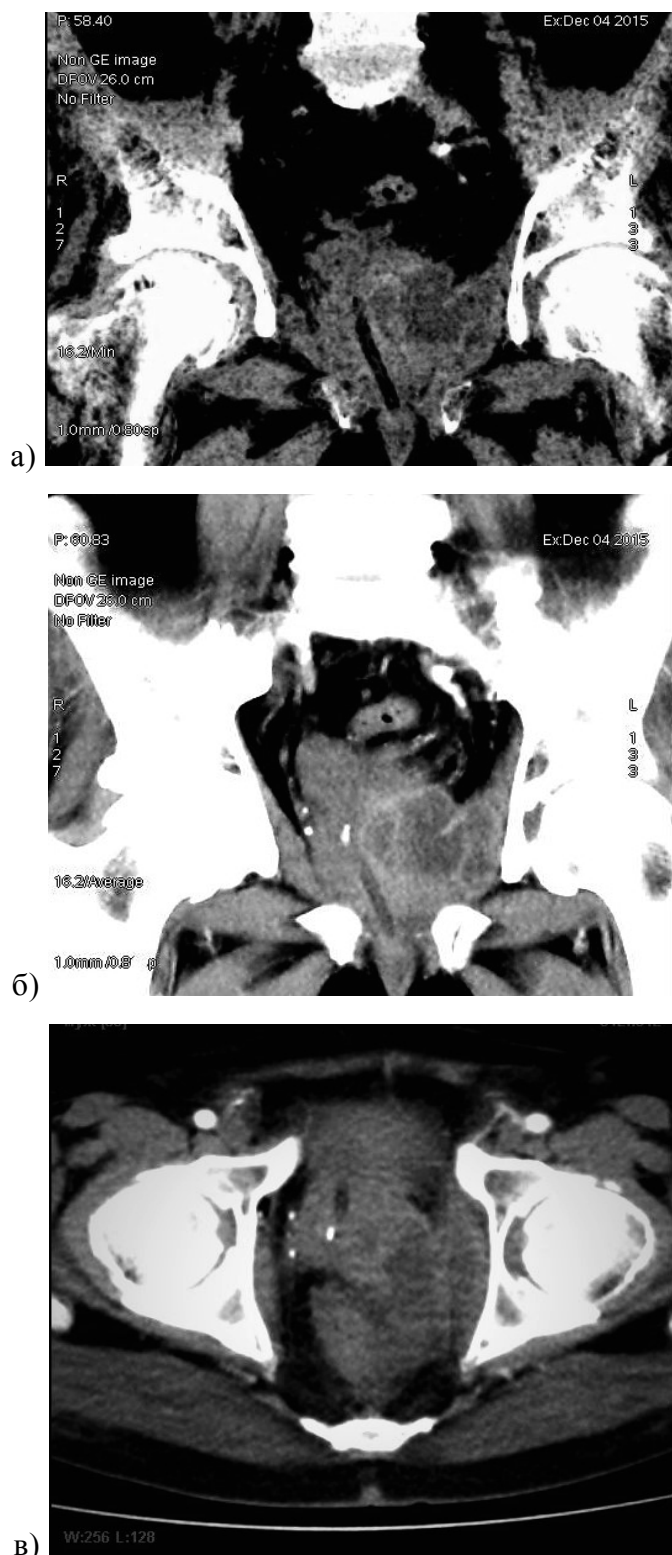


Рис. 2. МДКТ после внутривенного усиления. Очаговые изменения в структуре предстательной железы, с переходом на семенной пузырьки и подвздошную область слева. Определяется контрастирующийся по периферическому типу абсцесс (а), распространение на внутреннюю запирательную мышцу (б), семенной пузырьки (в).

Результат МДКТ: выявлен участок неоднородно пониженной плотности, неправильной формы, исходящий из левой доли предстательной железы и распространяющийся на семенной пузырьки, парапростатическую клетчатку и внутреннюю запирательную мышцу, размером ориентировочно до 3.0x6.2 см², при внутривенном усилении активно накапливавший рентгеноконтрастное вещество по периферическому типу, имевший неправильную форму. Диагностическое заключение: абсцесс предстательной железы с прорывом в область левого семенного пузырька парапростатическую и подвздошную область слева (рис.2).

Результаты комплексного УЗИ, включавшего проведение эластографии и цветового доплеровского картирования, также определили наличие в паренхиме левой доли (периферической – переходной зоне) гипоэхогенный участок 25x16 мм² с гиперэхогенными включениями внутри и рядом, в парапростатической клетчатке слева также участок сниженной эхогенности 61x31 мм² с гиперэхогенными линейными включениями, который при компрессионной эластографии представлял собой жидкостное образование с подвижным неоднородным содержимым внутри, а в режиме цветного доплера отмечалось некоторое усиление кровотока в периферических отделах указанных жидкостных участков (рис. 3, 4).



Рис. 3. Картина трансректального УЗИ. Зона поражения выделена чёрной линией

Диагностическое заключение соответствовало заключению МДКТ.

При формировании заключения также учитывались результаты лабораторных ис-

следований, в которых диагностически значимыми были: СОЭ: 70-72 мм/ч., количество лейкоцитов крови: 10,1-13,0-11,0 $\times 10^6$ /мл, сахар крови 12,6 ммоль/л, концентрация простатического специфического антигена до 10,0 нг/мл, повышение уровня которого при наличии инфекции и/или воспалительного процесса в железе обусловлено увеличением сосудистой проницаемости и повреждением эпителия.

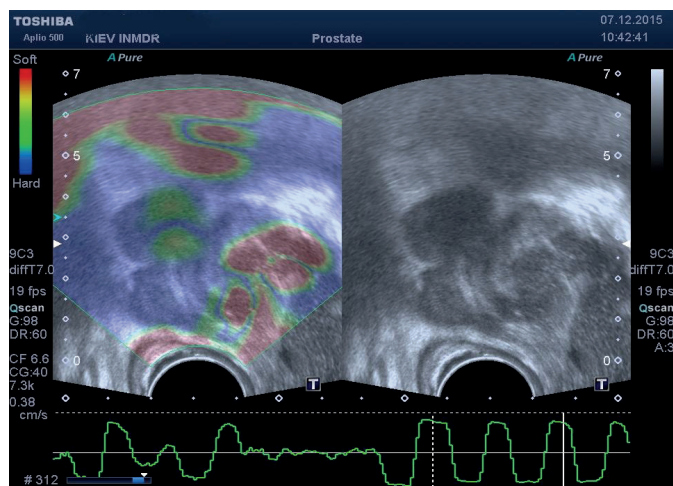


Рис. 4. УЗИ эластография: определяется жидкостное образование с подвижным неоднородным содержимым внутри.

Через день проведено чрезпростежностное дренирование абсцесса. Получено до 15 мл светло-жёлтого гноя, назначена комплексная антибактериальная терапия.

Анализ результатов свидетельствует о том, что, несмотря на проведённое ранее УЗИ исследование и наличие лабораторных данных, свидетельствующих о воспалительном процессе, диагностическое заключение о заболевании пациента было сделано уже на этапе осложнённого абсцесса предстательной железы. На этапах острого (либо хронического) простатита, а также формирования абсцесса не было проведено соответствующее диагностическое сопровождение (пальцевое исследование простаты per rectum, трансректальное УЗИ), а также назначено полноценное лечение, что привело к осложнению в виде распространения воспалительного процесса за пределы железы. Только после комплексного УЗИ-МДКТ исследования пациенту был установлен диагноз и проведено адекватное хирургическое и медикаментозное лечение.

Литература

1. Васильев М. М. Ультразвуковое исследование при осложнённых инфекциях мочеполового тракта у мужчин / М. М. Васильев, А. В. Афонин, Б. В. Алферов [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. – 1991. – № 11. – С. 21-24.
2. Ершов Е. В. Доплерографическая оценка кровообращения предстательной железы у больных хроническим простатитом : автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.40 / Е. В. Ершов. – СПб, 2008. – 37 с.
3. Максимов В. А. Малоинвазивный метод лечения абсцесса предстательной железы / Максимов В. А., Камалов А. А., Карпов В. К. [и др.] // Урология. – 2002. – №6. – С. 41-44.
4. Максимов В. А., Прохоров А. В. Абсцесс предстательной железы: особенности клинко-лабораторной и лучевой картины, диагностических методов о подходов к лечению : материалы VII научно-практической конференции [«Лучевая диагностика и научно-технический прогресс в урологии – 2011»]. – Москва, 2011. – С. 114-116.
5. Тиктинский О. Л. Заболевания предстательной железы: руководство / О. Л. Тиктинский, С. Н. Калинина. – СПб.: Питер, 2006. – 454 с.
6. Ткачук В. Н. Современные методы лечения больных хроническим простатитом: пособие для врачей / В. Н. Ткачук. – СПб., 2000. – 156 с.
7. Щетинин В. В. Лечение хронического простатита / В. В. Щетинин, Г. И. Колпинский, Е. А. Зотов. – М.: Медицина, 2002. – 235 с.
8. Ku J. H. Factors influencing practices for chronic prostatitis: a nationwide survey of urologists in South Korea / J. H. Ku, J. S. Paick, S. W. Kim // Int. J. Urol. – 2005. – Vol. 12, №11. – P. 976.
9. Mandar R. Mycoplasmas in semen of chronic prostatitis patients / R. Mandar, E. Raukas, S. Turk [et al.] // Scand. J. Urol. Nephrol. – 2005. – Vol. 39, №6. – P. 479.
10. Parsons C. L. Prostatitis, interstitial cystitis, chronic pelvic pain, and urethral syndrome share a common pathophysiology: lower urinary dysfunctional epithelium and potassium recycling / C. L. Parsons // Urology. – 2003. – Vol. 62, № 6. – P. 976.
11. Schaeffer A. Chronic prostatitis / A. Schaeffer, J. Stern // Clin. Evid. – 2002. – Vol. 8. – P. 864-871.

АБСЦЕСС ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ю.П. Терницкая, В.Ф. Коробко

Абсцесс предстательной железы – это ограниченное скопление гноя в тканях собственно железы, развивающееся на фоне простатита или на фоне инфекционно-гнойного процесса экстрагенитальной локализации. При неблагоприятном течении абсцесс предстательной железы может осложниться прорывом гноя в клетчатку малого таза, на переднюю брюшную стенку или в брюшную полость с развитием флегмоны, перитонита или сепсиса. Летальность при осложнениях абсцесса простаты регистрируется в 3-16 % случаев. Диагностика абсцесса предстательной железы должна включать пальцевое исследование простаты per rectum, трансректальное УЗИ, при необходимости и для уточнения распространенности – мультidetекторная КТ.

Ключевые слова: абсцесс, предстательная железа, ультразвуковое исследование, эластография, мультidetекторная томография.

АБСЦЕСС ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Ю.П. Терницкая, В.Ф. Коробко

Абсцес передміхурової залози – це обмежене накопичення гною в тканинах залози, яке розвивається на тлі простатита або обумовлено інфекційно-гнійним процесом екстрагенітальної локалізації. При несприятливому перебігу

абсцес простати може ускладнитися проривом в клітковину малого таза, на передню черевну стінку або в черевну порожнину з розвитком флегмони, перитоніту або сепсису. Летальність при ускладненнях абсцеса простати реєструється в 3-16% випадків. Діагностика абсцеса передміхурової залози повинна складатися з пальцевого дослідження простати per rectum, транс ректального УЗД, при необхідності та для уточнення розповсюдженості – мультidetекторної КТ.

Ключові слова: абсцес передміхурової залози, ультразвукове дослідження, еластографія, мультidetекторная томографія.

ABSCCESS OF THE PROSTATE GLAND

Y.P.Ternytska, V.F.Korobko

Abscess of the prostate is the limited accumulation of pus in the tissues actually cancer that develops on the background of prostatitis or infection-purulent process extragenital localization. With the unfavorable course of abscess of the prostate may be complicated by breakthrough of pus in the pelvic tissue, abdominal wall or into the abdominal cavity with the development of cellulitis, peritonitis or sepsis. Mortality for complications of abscess of the prostate is logged in 3-16% of cases. Diagnosis of abscess of the prostate should include digital examination of the prostate per rectum, transrectal ultrasonography, if necessary and to clarify the prevalence – multidetector CT.

Keywords: abscess, prostate, ultrasound, elastography, multidetector tomography.

Патенти

СПОСІБ РЕНТГЕНОГРАММЕТРИЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ КАРЦИНОМАТОЗУ ОЧЕРЕВИНИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМУ РАКУ 99353; Вороньжев І.О.; Крамний І.О.; Коломійченко Ю.А. та ін.

Спосіб рентгенограмметричної діагностики ступеня тяжкості карциноматозу очеревини при колоректальному раку, який здійснюють шляхом проведення комп'ютерної томографії черевної порожнини, який відрізняється тим, що додатково визначають величину розмірів нодулярних утворів, ураження великого сальника та кількість вільної рідини в черевній порожнині, при наявності нодулярних утворів на очеревині розмірами 0,5-1,5 см, при відсутності вільної рідини в черевній порожнині і реакції великого сальника, діагностують легкий ступінь тяжкості карциноматозу очеревини при колоректальному раку; при наявності нодулярних утворів на очеревині розмірами 1,5-3,0 см, накопиченні вільної рідини в черевній порожнині до 1,5 л і потовщенні великого сальника, діагностують середній ступінь тяжкості карциноматозу очеревини при колоректальному раку; при наявності нодулярних утворів на очеревині розмірами більше 3,0 см, накопиченні вільної рідини в черевній порожнині більше 1,5 л і потовщенні великого сальника діагностують тяжкий ступінь карциноматозу очеревини при колоректальному раку.